

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°.....

POUR LE

594

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Simone DUFOUR-LAMARTINIE

Née le 30 novembre 1914, à Nancy (M.-et-M.).

De la Protection
des Étudiants en Médecine
contre la Tuberculose

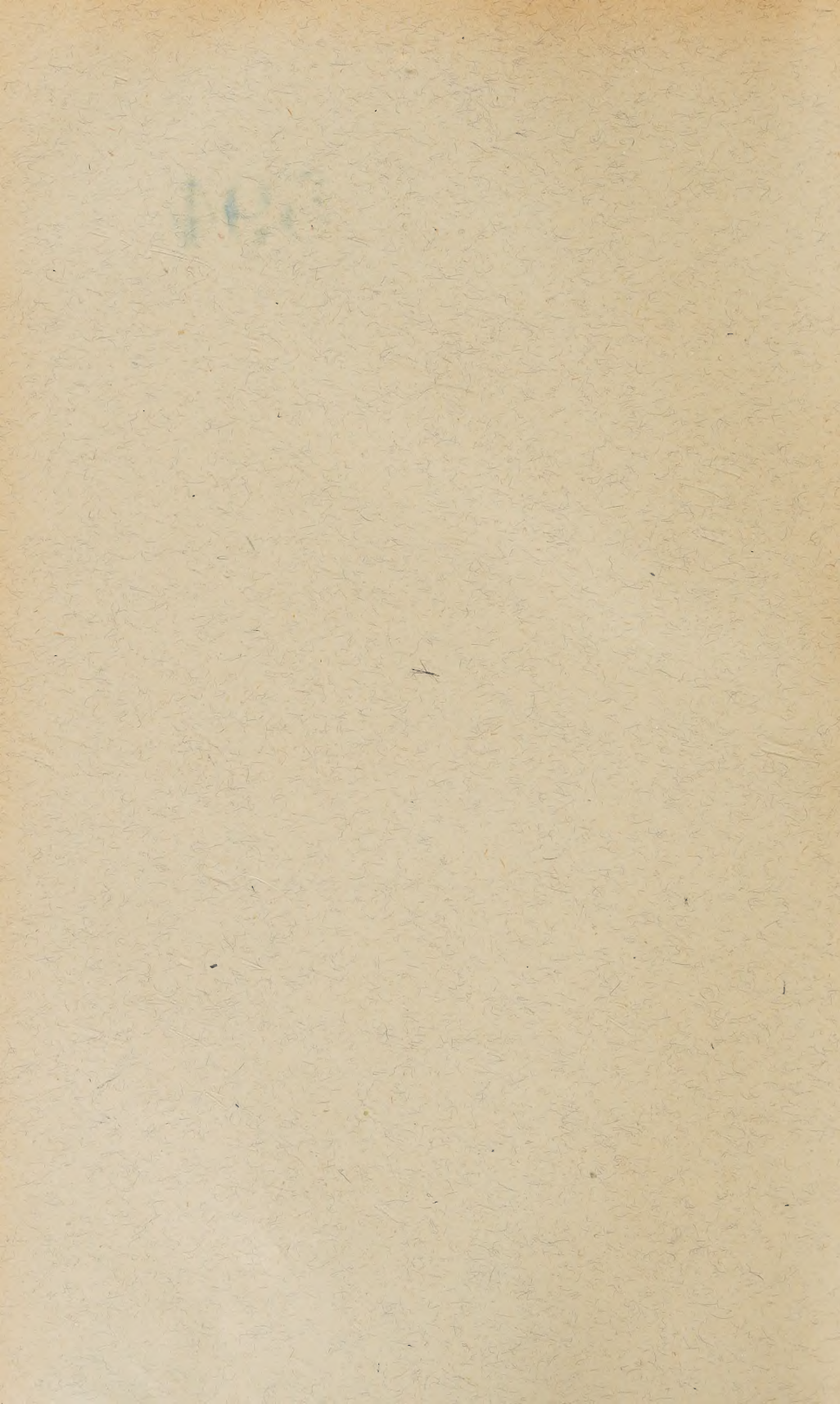
Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Simone DUFOUR-LAMARTINIE

Née le 30 novembre 1914, à Nancy (M.-et-M.).

**De la Protection
des Étudiants en Médecine
contre la Tuberculose**

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert LEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	Maurice VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...

Professeurs sans chaire



HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo
CATHALA Pathologie médicale.	gie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.

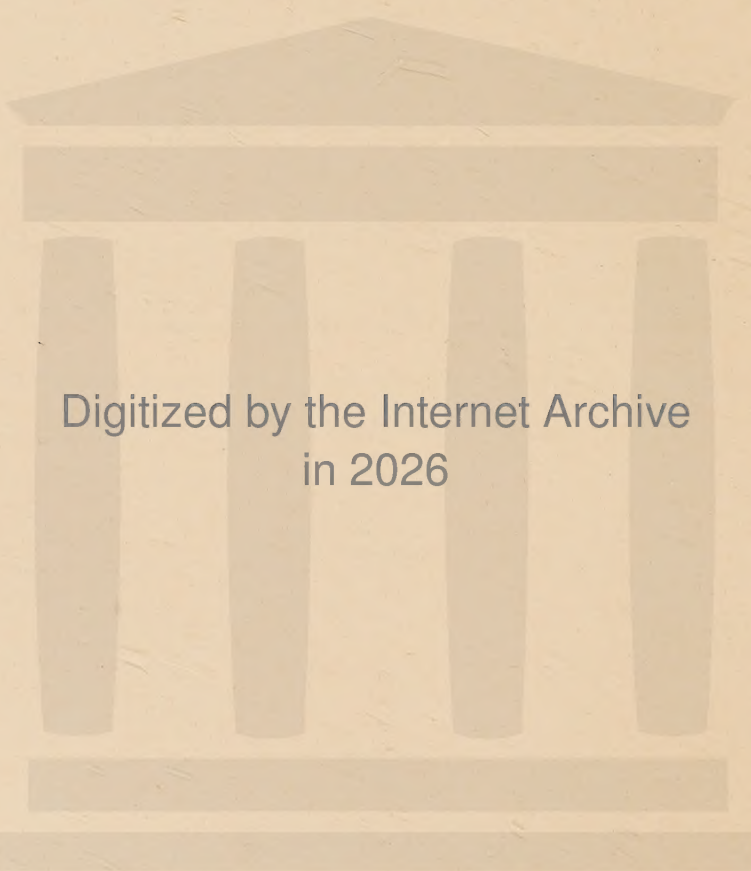
ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS. A MA BELLE-MÈRE

*En témoignage de ma grande affection et
de ma profonde reconnaissance.*

A MON MARI

A MON FILS

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Conseiller Technique Sanitaire au Ministère de la Santé publique.

Inspecteur général des Services techniques d'hygiène
à la Préfecture de Police.

Directeur de l'Institut d'Hygiène.

Officier de la Légion d'Honneur.

*En remerciement pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de notre thèse.*

A NOTRE MAITRE DE L'HOPITAL DE GRENOBLE

MONSIEUR LE DOCTEUR PORTES

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DANET

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUBERTIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANCK

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAIN

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS DAINVILLE
DE LA TOURNELLE

Médecin de l'Hôpital Départemental de Nanterre.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*A qui nous exprimons notre profonde
gratitude pour son accueil bienveillant et
ses judicieux conseils.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LASNIER

Médecin de l'Hôpital Départemental de Nanterre.

*Qui nous honora de sa bienveillante sol-
licitude pendant toute la durée de notre
Internat et dont les conseils éclairés nous
ont été précieux.*

INTRODUCTION

Les étudiants en médecine sont plus exposés que leurs camarades des autres Facultés à la contamination massive et répétée. La tuberculose est plus fréquente chez eux. Les statistiques en font foi.

En mai 1935, des examens systématiques ont été pratiqués chez des étudiants de Philadelphie. Voici les résultats obtenus :

« Sur 521 élèves en médecine, la proportion des lésions apicales décelables par la radiographie a été de 15 à 20 pour 100 ».

« Par contre, ils ont constaté des infiltrations plus avancées situées au-dessus et au-dessous de la clavicule, qui dénotent quelquefois des signes d'activité dans la proportion de 11,5 pour 100 en 1930 et de 6 pour 100 en 1931, de 5,3 pour 100 en 1932 et de 8,3 pour 100 en 1933 ».

« Pendant les mêmes années les élèves de la Faculté de Droit n'ont présenté ces lésions que dans la proportion de 2, 2 pour 100 et de 2,4 pour 100 ».

SAYE qui de 1929 à 1933 a suivi 421 élèves de la Faculté de Médecine de Barcelone pendant 3 années, d'une manière très complète, a constaté chez ceux-ci, après leur 3^e année d'étude, une proportion de cas de tuberculose pulmonaire active supérieure à la proportion relevée chez les étudiants en sciences,

pharmacie, philosophie et droit, alors qu'au début de leurs études, la proportion des cas de tuberculose résiduelle observée chez ces étudiants en médecine, était la moitié inférieure à celle observée dans les autres Facultés ».

« Les externes et internes des Hôpitaux de Paris subissent un examen médicale avant leur entrée en fonction, pour pouvoir bénéficier des avantages que leur accorde l'A. P. en cas de maladie ».

« En 1937, sur 360 sujets examinés on ne constate aucun cas de tuberculose pulmonaire « — ». En 1938, sur 334 sujets examinés on trouve un cas de tuberculose pulmonaire ». Par contre, parmi les élèves en fonction en 1938, 32 externes sur 1.350, soit 2,3 pour 100. 11 internes sur 330, soit 3,3 pour 100, sont en congé pour tuberculose pulmonaire.

Plusieurs facteurs entrent en cause : longueur des études, parfois mauvaise hygiène, repas pris trop rapidement, et surtout la préparation intensive des concours, ajouté au contact journalier avec des malades, souvent avec des tuberculeux.

CHAPITRE I.

BASES DE LA PROPHYLAXIE

Des grands progrès ont été faits pendant ces dernières années dans le domaine de l'hygiène universitaire (création du service médical de la Cité Universitaire. Création du centre universitaire de médecine préventive. Sanatorium des étudiants).

Plus particulièrement des mesures ont été prises en faveur des étudiants inscrits dans les Facultés et Ecoles de Médecine.

Monsieur le Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie d'Alger écrivait en 1937 : « Nous avons essayé avec le concours de la bonne volonté de tous, de réaliser ce centre de dépistage, et de surveillance qui nous occupe... »

...« Naturellement, c'est au dépistage de la tuberculose que notre effort s'est adressé tout d'abord.. » Puis il déplore l'indifférence des étudiants qui restent sourds à leurs appels.

De même à Lille, il existe une consultation dirigée par un professeur de clinique médicale et à laquelle les étudiants peuvent se présenter pour les examens médicaux.

A Paris, il existe une visite médicale facultative

depuis trois ans. Au début de chaque année universitaire. Monsieur le Doyen envoie aux parents des nouveaux élèves, une lettre par laquelle il invite les nouveaux étudiants à venir subir une visite médicale. et n'est pas renouvelée.

De même à Lyon, il existe un service de médecine préventive, et des consultations facultatives à l'usage des étudiants de toutes les Facultés. Des tracts concernant ce centre universitaire sont distribués au début de l'année universitaire

Un centre de dépistage de la tuberculose existe à Toulouse. Il est rattaché aux deux services de clinique médicale de la Faculté, que dirigent MM. les Professeurs DALOUS et LAPORTE.

— Des mesures ont été prises tout particulièrement pour la protection des internes et externes des Hôpitaux.

Les candidats à l'Externat doivent fournir avant de passer leur concours des certificats de « bonne santé » et de « vaccination ».

— A *Lyon*, les internes et externes vivent dans les meilleures conditions d'hygiène possible.

— Il y a quelques années fut créée par la Société hospitalière une assurance mutuelle englobant toutes les maladies et tous les risques professionnels. Malheureusement la tuberculose est exclue de la liste des maladies imputables au service.

Les externes de Lyon fondèrent alors une caisse alimentée par des membres actifs et honoraires, par les hospices civils, et par le Syndicat des médecins des hospices. Chaque externe alors, exclusivement atteint

de tuberculose sous toutes ses formes, reçoit gratuitement des moins médicaux et touche même une légère allocation journalière.

— Au cas où ils contracteraient la tuberculose, les internes et les externes des hospices de *Bordeaux* seraient soignés gratuitement dans un sanatorium dépendant de l'administration des hospices de *Bordeaux*.

— A *Nantes*, on note un plus grand souci de prophylaxie : Au début de chaque semestre tous les externes sont radiographiés. Si les sujets sains sont contaminés, ceux-ci recevront une indemnité journalière qui contribuera à payer une partie de leur séjour au Sanatorium des étudiants.

— A *Tours*, les candidats à l'externat et à l'internat des hôpitaux de *Tours* doivent, avant de subir leur concours, présenter des certificats de bonne santé et des certificats de vaccination. Au cas où pendant leurs études, l'un de ces étudiants se trouverait contaminé, l'association des médecins d'Indre-et-Loire, sur les fonds des Assurances sociales, assurerait son hospitalisation au Sanatorium des Etudiants.

Telles sont les mesures qui ont été prises dans les hôpitaux des principales villes de France, pour préserver de la tuberculose les étudiants en médecine.

Ainsi que nous pouvons le constater, les plus grands efforts ont été faits pour la ville de *Lyon*. Et Monsieur le Doyen de la Faculté de *Lyon* « souhaite que des mesures comme à *Lyon*, soient prises dans tous les hôpitaux de France ».

Il serait souhaitable que les hôpitaux de *Paris*

suivent l'exemple donné par ceux de Lyon. Bien des cas de tuberculose pourraient être évités. Certaines lésions pourraient être découvertes dès leur début et seraient ainsi traitées précocement au mieux des intérêts du malade.

Des efforts ont été faits par quelques professeurs de la Faculté de Médecine de Paris.

C'est ainsi que 55 stagiaires de Monsieur le Professeur GOSSET ont été soumis à des examens. Il leur a été pratiqué notamment des cuti-réactions et des examens radioscopiques. A la suite de ces examens, 4 stagiaires ont été mis au repos de 6 semaines à 3 mois : on voit de ce fait l'intérêt de ces examens.

Malheureusement, ce sont là des cas isolés.

Il faudrait que ces examens soient courants et fréquents dans les hôpitaux de Paris, de façon à dépister les lésions tuberculeuses à leur début.

L'exemple de l'étudiant en médecine qui se croit en bonne santé et auquel une radiographie fortuite révèle une lésion évolutive, n'est pas tellement rare, et c'est ainsi que Monsieur KATTENDIDT assure que sur 200 sujets considérés comme sains, on trouve un cas de tuberculose.

La période initiale de la tuberculose pulmonaire reste en effet trop souvent ignorée. Toute la prophylaxie de la tuberculose est basée sur son diagnostic aussi précoce que possible. Un nombre considérable de malades ne sont soignés que très tardivement. Par conséquent, le dépistage doit être non seulement systématique, mais pour être efficace il doit être répété à intervalles réguliers.

De quelle façon doit-on protéger les étudiants en médecine contre la tuberculose ? En les plaçant dans les meilleures conditions de lutte : nourriture convenable pour les externes : petit déjeuner le matin à l'hôpital, déjeuner dans les hôpitaux suburbains. Par des dépistages systématiques basés sur les recherches biologiques et radiologiques essentiellement. Et surtout il faut bien insister sur ce point en rendant obligatoire de tels examens.

Les étudiants forment une collectivité tenant par-dessus tout à leur liberté et supportant difficilement les entraves, même si elles sont instituées pour leur bien. Nous avons dit précédemment qu'il a été créé en novembre 1935 par la Faculté de Médecine de Paris un examen systématique pour les étudiants de première année de médecine. Cet examen a lieu à Laënnec à des heures choisies parmi les plus commodes pour les étudiants; et cependant ceux-ci ne sont venus que peu nombreux : 200 la première année, 150 la deuxième année. La faute tenait au caractère facultatif de ces examens.

Le dépistage de la tuberculose, assuré par des examens cliniques très sévères, doit renforcer par la pratique des épreuves à la tuberculine et de la radioscopie, complétée souvent par la radiographie.

CHAPITRE II

REACTIONS TUBERCULINIQUES

A part les épreuves bien connues à la tuberculine, on peut s'adresser aussi à des réactions sérologiques spécifiques (séro-agglutination et recherche du pouvoir agglutinant de S. ARLOING et de P. COURMONT. Réaction de fixation type réaction de BESREDKA).

On peut s'adresser également à des réactions hémoro-sérologiques non spécifiques : floculation de Vernes, sédimentation des hématies, modification de la formule sanguine, formule d'Arneth.

Mais ces diverses réactions ne sont pas pratiquement applicables au dépistage systématique collectif de la tuberculose.

Or, nous voulons faire des examens en série, des examens rapides, et aussi des examens complets.

Les épreuves à la tuberculine semblent bien répondre à ce but. Leur valeur est univérsoellement reconnue. « Une réaction positive est toujours la preuve de l'existence dans l'organisme d'un foyer tuberculeux, si petit soit-il, dont il faut apprécier le degré d'activité ou la latence (M. DEBRÉ et M. LELONG).

Trois méthodes sont surtout employées :

- La cuti-réaction de M. von PICQUET.
- L'intradermo-réaction de M. MANTOUX.
- La percuti-réaction de M. MORO.

« Les services que la pratique systématique des dermo-réactions tuberculiniques peut rendre, ont été clairement exposés par M. J. HUARD, élève de M. COURCOUX, dans sa thèse intitulée « Utilisation de la cuti-réaction à la tuberculine, et des réactions similaires dans la lutte antituberculeuse.

Au cours des dernières années, des recherches très intéressantes ont été consacrées à la réaction percutanée de Moro-Hamburger. Robert CHEVALLIER en a résumé les résultats dans une thèse excellente, inspirée par M. WEILL-HALLÉ et qui a pour titre : « La réaction percutanée de Moro-Hamburger pratiquée avec une nouvelle tuberculine, remplacera-t-elle la cuti-réaction de Von PICQUET en médecine infantile ? ». Un chapitre initial est consacré à l'histoire de cette réaction : en 1908, Moro propose sa technique qui consiste à frictionner la peau avec une pommade composée de tuberculine brute et de lanoline à parties égales. Plus tard, HAMBURGER et ses collaborateurs recommandent un nettoyage préalable de la peau à l'éther, et l'usage d'une pommade plus riche en tuberculine; récemment l'utilisation de la tuberculine formolée de MERIEUX permet à l'école lyonnaise, en particulier à MOURIQUAND, de démontrer les avantages pratiques de ce procédé. CHEVALLIER décrit le mode de préparation de la néotuberculine spéciale pour percuti-réaction, obtenue à froid à partir

de culture sur milieu Sauton, contrôlé au double point de vue de la stérilité et de l'efficacité, enfin concentrée jusqu'au 20^e environ de son volume initial. Il indique la technique de la percuti-réaction : friction de la peau de la région sternale (sur une surface ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs) avec un tampon imprégné d'éther, afin de créer un érythème, dont l'apparition est, pour lui, « le temps le plus important » ; application d'une goutte de tuberculine et friction patiente jusqu'à ce que la peau semble sèche, soit pendant environ 1 minute ; lecture au bout de 48 heures. Quand la peau demeure normale, la réaction est considérée comme négative ; elle est jugée positive si l'on constate un érythème, accompagné ou non d'œdème, surmonté soit de papules plus ou moins nombreuses, soit de papulovésicules. Comparant cuti-réaction et percuti-réaction, CHEVALIER reconnaît à ce dernier procédé des avantages qu'il résume ainsi dans ses conclusions :

« Elle est très sensible pour déceler l'état allergique des sujets examinés ; elle est d'une grande simplicité d'exécution ; ses résultats sont extrêmement nets ; elle ne provoque jamais de fausses réactions ». Il pense avec son maître WEILL-HALLÉ, que : « Dans un avenir prochain, la réaction percutanée de Moro-Hamburger, pratiquée avec l'aide d'une tuberculine concentrée type Mérieux, remplacera la classique cuti-réaction de Von PICQUET ». Mademoiselle DREYFUS-SÉE, de même que LASNÉ, KADENAC et Maurice LÉVY ont vanté devant la Société de Pédiatrie la sim-

plicité et la sûreté de cette réaction (Séance du 5 juillet 1938). Comme le résume M. Pierre JOANNON :

« Par leurs répétitions périodiques, ces dermo-réactions sont appelées à rendre possible à différents âges, spécialement à l'âge scolaire, le recensement des sujets que le bacille tuberculeux a récemment infecté d'une façon appréciable. Mais cette infection peut ne pas entraîner à l'examen radiologique une image anormale du thorax, ou ne la déterminer que tardivement. La radioscopie systématique permet le recensement des sujets qui doivent, à une infection tuberculeuse plus ou moins ancienne, des stigmates visibles, correspondants à des lésions d'une gravité ou d'une durée variable. Ces 2 méthodes se complètent, la première indiquant les infections notables et la seconde les lésions notables. Répétées régulièrement dans une même collectivité, elles sont capables de démontrer le caractère récent de la lésion notable — quel que soit l'âge de l'infection —. Par elles peuvent être connues précocement les infections tuberculeuses assez importantes pour comporter un état allergique biologiquement décevable, les infections tuberculeuses suffisamment sérieuses pour impliquer des lésions radiologiquement constatables. »

En France c'est la cuti-réaction qui est le plus souvent employée..

Pratiquée systématiquement tous les 6 mois ou tous les ans chez les étudiants en médecine elle rendrait de grands services.

Elle permettrait notamment de départager les étudiants en 2 groupes :

Ceux qui ont une réaction positive.

Ceux qui ont une réaction négative.

Les premiers seraient soumis à un examen médical complet, avec contrôles radiologiques, en vue de déterminer leur état de santé, et de dépister s'ils ont, ou non, des lésions pulmonaires occultes.

Les seconds seraient soumis tous les 6 mois à une nouvelle cuti-réaction. Lors du virage de la cuti-réaction, l'étudiant serait particulièrement surveillé cliniquement et radiologiquement. Car si les lésions de primo-infection restent en général bénignes et régressent spontanément, il n'en est pas toujours ainsi.

Les statistiques montrent que la morbidité tuberculeuse est nettement plus élevée chez les étudiants et infirmières à réaction négative, que chez ceux à réaction positive. En effet, ce sont là des témoins neufs, exposés à des contaminations massives et répétées.

Voici quelques statistiques en faisant foi.

Mais tout d'abord, il est intéressant de noter que ces statistiques font ressortir qu'en fin d'études, presque tous les étudiants ont des réactions positives.

A *Yale* (Amérique), dans la 1^{re} année d'étude, on note 70.9 % cuti positives.

Chez les élèves de 2^e année, il n'y a plus que 9,4 cuti-réactions positives.

A *Baltimore* : dans la 1^{re} année 56,9 %,
en 4^e année 91,5 %.

A *Philadelphie* : dans la 1^{re} année 84 %,
en fin d'étude 98,6 %.

M. COURCOUX a fait des constatations identiques sur le groupes des élèves infirmières visiteuses, qui toutes, après 3 ans d'études, présentent une cuti-réaction positive.

Par contre, M. RIST n'a constaté, sur 60 élèves à cuti-réactions négatives, que 24 virages.

D'autres réactions nous montrent que la morbidité tuberculeuse est nettement plus élevée chez les étudiants et infirmiers à réaction négative que chez ceux à cuti-réaction positive.

« De 1926 à 1935, SCHEEL a observé chez les étudiants en médecine, après le début du stage à l'hôpital, une morbidité annuelle de 1,35 p. 100 chez les sujets à réaction positive et de 4,6 p. 100 chez les sujets à réaction négative.

SCHEPHARD a examiné un très grand nombre d'élèves des Ecoles Supérieures des Etats-Unis et a fait des constatations qui confirment celles de SCHEEL.

La proportion de tuberculose apparue au cours des études, est en raison inverse du taux initial de tuberculisation.

C'est ainsi que le taux de cuti-réaction positive à l'entrée et de tuberculose en cours d'étude ont été les suivants :

A Yowa : Cuti, 12 p. 100. Tuberculose 1,30 p. 100.

A Bell : Cuti, 16 p. 100. Tuberculose, 0,75 p. 100.

A Yale : Cuti, 66 p. 100. Tuberculose, 0,33 p. 100.

Les statistiques d'HEIMBECK à l'école d'infirmières d'Ulleval sont particulièrement instructives :

Sur 407 élèves, il trouve à l'entrée 216 cuti-positives (47 p. 100) et 241 cuti-négatives (53 p. 100).

Les 216 élèves à cuti-positives donnent ultérieurement 2 cas de tuberculose (0.9 p. 100), tandis que les 241 élèves à cuti-négatives voient en 3 ans, *toutes* leurs réactions devenir positives, et que 55 d'entre elles (23 p. 100) font de la tuberculose pulmonaire.

Dans une statistique plus récente, citée par SCHEEL, HEIMBECK a observé de 1921 à 1923, sur 274 élèves ayant à l'entrée une cuti-négative : 94 tuberculose (34 p. 100) dont 10 cas mortels. Les 543 infirmières à cuti-réaction initiale positive n'ont eu aucune mortalité, et 24 cas seulement (4,3 p. 100) de tuberculose clinique.

A Uppsale en 1933, Anders HRISTENSON a noté, après 2 à 4 ans d'études, 26 p. 100 de tuberculose chez des élèves infirmières entrées avec une cuti-réaction négative. Parfois, la manifestation clinique de primo-infection (érythème noueux) précédait le virage (comme DEBRÉ l'a vu quelquefois chez l'enfant).

A Paris, à l'Ecole des Infirmières-visiteuses, COURCOUX et ALIBERT, sur 386 élèves infirmières suivies depuis 1932, ont observés au cours des études parmi les élèves ayant une cuti-réaction négative à l'entrée.

3 tuberculoses pulmonaires.

1 septicémie tuberculeuse mortelle.

3 érythèmes noueux, l'une d'elles ayant en outre une typho-bacillose.

1 lésion pulmonaire régressive.

Sur les élèves entrés avec une cuti-positive : aucun cas de tuberculose (on met à part bien entendu les

cas de tuberculose éliminés à la visite d'entrée)

RIST a fourni des statistiques absolument analogues, mais qui seraient trop longues à fournir ici, sur les élèves de l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière :

Si l'on compare les chiffres de l'Ecole d'Ulleval à ceux de RIST, de COURCOUX et ALIBERT, ceux puisés en province dans les Ecoles d'Infirmières, on constate que la morbidité et la natalité sont notablement moindres en France qu'en Norvège. La cause réside pour une grande part dans ce fait que les élèves de l'Ecole d'Ulleval font, dès le début de leurs études, des stages dans les services de tuberculose, et que ces stages les maintiennent presque toute la journée en contact avec ces malades.

Ces statistiques mettent en évidence l'intérêt qu'il y a à examiner systématiquement et périodiquement les étudiants en médecine, et à leur faire une cuti-réaction.

Il est indispensable, ainsi que le montrent les statistiques précédentes, de répéter la cuti-réaction, chez les sujets à cuti-négative. Il faudra la répéter à intervalles réguliers, et tout particulièrement après une maladie infectieuse.

Au moment où le virage sera constaté, ces étudiants devront faire l'objet d'une surveillance particulière. De plus, il faudra leur expliquer les précautions qu'ils devront prendre, et insister sur le fait que la tuberculose peut débiter par des symptômes n'ayant rien de spécifiques, tels que grippe par exemple.

Les étudiants en médecine qui sont en état de primo-

infection, devront être non seulement mis en observation, mais aussi au repos pendant quelques mois.

Les étudiants en médecine dont les cuti-réactions sont négatives, ne devraient pas faire de stages prolongés dans les services de tuberculeux, les stages pourraient d'ailleurs être reportés à la fin de leurs études.

CHAPITRE III

RADIOSCOPIE

Les examens cliniques ne sont pas suffisants pour dépister une tuberculose au début. Il peut exister des lésions muettes ou imperceptibles. Aussi la radioscopie est-elle devenue à l'heure actuelle indispensable. Il est du reste beaucoup plus facile d'examiner radioscopiquement un sujet que de l'examiner cliniquement. La plupart des radiologues militaires estiment que 60 à 80 sujets peuvent être examinés par heure. Dans le même laps de temps, il est impossible d'ausculter attentivement le même nombre de sujets.

De plus certaines lésions tuberculeuses au début ne s'accompagnent pas de signes stétacoustiques.

D'où l'intérêt de la radioscopie, qui pourra être suivie, si cela est nécessaire, d'un cliché radiographique.

Tous les étudiants en médecine pourraient être radioscopés au moins une fois tous les six mois. Il serait très facile de le faire, puisque tous les services sont munis au moins d'un appareil.

Les médecins militaires ont compris la nécessité de la radioscopie pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire. Le Médecin-Inspecteur général ROUVILLOIS a prescrit dès 1934 la radioscopie systématique de

la totalité des recrues incorporées. D'après ces examens, il semble résulter qu'après le triage clinique d'incorporation, il reste encore 3,46 p. 100 sujets porteurs de lésions tuberculeuses cliniquement insoupçonnables.

Nous voyons de là l'importance de la radioscopie.

Appliquée aux étudiants en médecine, la radioscopie systématique permettrait ainsi :

- de dépister les tuberculoses occultes,
- de surveiller les étudiants dont la cuti-réaction vient de virer.
- de suivre ceux qui présentent des lésions douteuses.

Les étudiants en médecine seront alors classés en **3 groupes** :

1° Ceux qui ont une image radiologique normale. Ils devront néanmoins être soumis à des examens radiologiques périodiques qui révèlent quelquefois l'apparition d'une tuberculose pulmonaire.

2° Ceux qui présentent des séquelles pulmonaires, pleurales ou hilaires. Ils devront, être, comme les précédents, revus systématiquement. De plus ils devront tout particulièrement se ménager, dormir suffisamment et bien se nourrir.

3° Ceux qui présentent une tuberculose évolutive. Ceux-ci devront être traités dans des sanatoriums. Nous en reparlerons plus loin.

Nous n'insisterons pas sur les images de lésions tuberculeuses trouvées à la radioscopie et à la radiographie et sur leur interprétation.

Nous devons cependant signaler, parmi les anomalies radioscopiques contrôlées par le film, des cas très embarrassants : tels ces aspects en réseau, ces empâtements de la trame, qui peuvent être, tantôt de simples images vasculaires, tantôt des états de séquelles, tantôt des lésions seulement assoupies et que peut réveiller un effort physique et soutenu du sujet.

Aussi faudra-t-il surveiller tout particulièrement ces étudiants.

Nous voyons par conséquent que la radioscopie ne tranche pas toujours le diagnostic, mais qu'elle est cependant indispensable à l'heure actuelle au dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire.

Elle est, avec les réactions biologiques (cuti-réaction, intradermo-réaction, percuti-réaction), un des meilleurs moyens de lutter contre cette maladie, qui touche trop souvent les étudiants en médecine.

CHAPITRE IV

VACCINATION AU B. C. G.

Grâce à un examen périodique des étudiants en médecine, nous pourrions déceler ceux qui présentent une cuti-réaction positive, et ne présentent pas encore de lésions tuberculeuses, cliniquement et radiologiquement constatable (ceux-là font partie de la majorité).

- ceux qui présentent une cuti-réaction négative,
- ceux qui présentent des lésions de tuberculose pulmonaire.

Ces 3 catégories d'étudiants devront être suivies d'une façon très différente.

— Les étudiants présentant une cuti-réaction positive, et ne présentant pas de lésion tuberculeuse seront examinés tous les ans. Ils subiront à date fixe un examen clinique, sérologique, et radioscopique.

— Les étudiants qui présentent une cuti-réaction négative devront être surveillés plus particulièrement.

Il leur sera fait tous les 6 mois au moins une nouvelle cuti-réaction de façon à saisir le moment critique de la primo-infection.

A leur sujet se pose le problème de la vaccination au B. C. G.

Le B. C. G. a été appliqué par la voie sous-cutanée dans l'armée roumaine : 4.467 soldats ont été vaccinés.

M. VANCEL et M. BOISSEAU l'ont employé largement par voie digestive chez les indigènes de Brazzaville.

M. O. SCHEEL a appliqué le B. C. G. aux étudiants en médecine non allergiques de 1926 à 1935. Le nombre total des étudiants examinés au cours de l'expérience a été de 1.225, et les résultats ont été probants. Les étudiants en médecine vaccinés ont eu une proportion de tuberculeux moitié moindre que ceux qui, à leur admission à l'Université, avaient une allergie négative.

J. HEIMBECK, dans sa dernière étude, sur 1.453 infirmières examinées depuis 1924 à l'hôpital Ulleval, a publié les chiffres de morbidité, et des résultats de la vaccination calculés d'après les méthodes statistiques pour chaque année d'observation.

Il en résulte que sur 387 infirmières qui ont contracté la primo-infection au cours de leurs études, 118 sont devenues tuberculeuses, tandis que sur 287 qui sont devenues allergiques à la suite de la vaccination sous-cutanée avec le B. C. G., 8 seulement ont contracté la maladie.

Il ressort de ces observations que l'efficacité de la vaccination pratiquée par la voie parentérale est évidente : les vaccinés ont montré des signes de tuberculose dans une proportion deux à quatre fois inférieure à celle des non vaccinés.

Ces faits nous montrent bien l'intérêt qu'il y a, à aborder le problème de la vaccination au B. C. G.,

en ce qui concerne les étudiants en médecine dont la cuti-réaction est négative.

D'autres observations concernant les enfants, nous montrent, elles aussi, l'efficacité de cette vaccination. Ce sont celles présentées par L. SAYÉ dans son livre de : « la Tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains, et la vaccination anti-tuberculeuse » :

« Observations concernant les différences de mortalité dans les premières années de la vie entre des gros groupes d'enfants vaccinés et non vaccinés » : « Sur un total de 433.656 enfants vaccinés dans 46 pays différents, la France exceptée, d'après les documents réunis à l'Institut Pasteur en 1932, la moyenne générale de mortalité infantile de 0 à 1 an pour toutes causes a été pour les vaccinés de 7,9 %, pour les non-vaccinés de 15,3 %, soit près de 50 % en faveur des vaccinés ». Telle est la conclusion du rapport publié par l'Institut Pasteur en 1932. Ed. SERGENT, H. DUCROS, ROUGEBIEFF, avec la collaboration pour le travail statistique d'Yves BIRAUD, ont étudié l'action du B. C. G. dans le quartier musulman d'Alger où demeurent 40.000 habitants dans les plus mauvaises conditions sociales et économiques. Lorsque l'on fait la comparaison de la mortalité dans un groupe de 2.278 enfants vaccinés d'un mois à un an, avec celle de 1.602 non vaccinés, on constate que la mortalité chez les non-vaccinés est de 29 % plus élevée que chez les vaccinés. Les deux groupes humains vivaient dans des conditions déplorables. La différence

donc, d'après les auteurs, peut seulement être attribuée à l'application du vaccin.

C. NAESLUNG et A. TORNBLOM ont réalisé une expérience très vaste par ingestion dans le département de Nordboken, dès 1927, et ont communiqué, dans des notes successives, leurs résultats, dont la partie statistique a été établie par le Bureau des Statistiques. Comme ailleurs, la grande différence entre la proportion de mortalité dans les deux groupes a été attribuée à des causes diverses. « Certains ont émis l'idée que l'état de santé des enfants vaccinés était, au moment de leur naissance, en moyenne meilleur que celui des enfants non-vaccinés, ou en d'autres termes, que les enfants plus faibles ou de constitution plus mauvaise auraient échappé, en si grand nombre à la vaccination, que les résultats de l'expérience ne pouvaient que tourner à l'avantage du B. C. G. ». Afin d'étudier la question de plus près, les auteurs ont réuni tous les décès provenant de faiblesse congénitale et les ont retranchés du nombre total de décès en même temps que ceux survenus dans les 7 jours suivant la naissance.

Il ressort de cette étude que, après déduction de tous les décès dont la cause peut être attribuée à un état de santé précaire au moment de la naissance, il reste encore, entre la mortalité des enfants vaccinés et celle des enfants non vaccinés, une différence de l'ordre de 3,8 contre 6,8. « Il n'est donc pas possible de trouver dans ces recherches un motif qui puisse permettre d'affirmer que la mortalité relativement moindre des enfants vaccinés du Nordbohen

ait un rapport quelconque avec un état de santé qui, pour ces enfants vaccinés, aurait été meilleur au moment de leur naissance ». NAESLUND et A. TORNBLOM.

Ces auteurs, lorsqu'ils examinent la mortalité par tuberculose dans les familles d'enfants nés du 1-9-27 au 31-12-33, dans les 2 grands groupes étudiés, constatent une mortalité par tuberculose de 0,1 parmi les enfants vaccinés, plus de 0,5 parmi les non-vaccinés.

— Il résulte de ce qui précède que le B. C. G. n'a pas de contre-indication essentielle puisqu'il est inoffensif.

Tout fait prévoir le rôle considérable qu'il peut jouer dans la lutte contre la tuberculose des étudiants en médecine.

Il ne peut leur être imposé.

Mais il faut leur montrer l'intérêt qu'ils auraient à avoir un organisme en état d'allergie et, ensuite, à leur donner toute facilité pour subir cette vaccination, si toutefois ils le désirent.

La séparation des étudiants est nécessaire pour rendre efficace cette vaccination. Il faut qu'ils évitent de pénétrer dans les salles de malades tuberculeux, les salles d'autopsie et les laboratoires de bactériologie jusqu'à apparition de l'allergie. Il y a 2,4 % de mortalité par tuberculose chez les vaccinés non séparés dès la naissance et chez les étudiants et les infirmières, vaccinés et exposés immédiatement au contact virulent. D'où la nécessité d'envisager l'internement temporaire dans un hôpital ou une

clinique de l'étudiant qui vient d'être vacciné au B. C. G.

Voilà le mode de prophylaxie qu'il faut envisager pour l'étudiant en médecine présentant une cuti-réaction négative.

CHAPITRE V

CURES SANATORIALES

— En ce qui concerne les étudiants présentant une tuberculose pulmonaire avérée, se pose le problème du sanatorium.

Les sanatoria ne sont pas suffisamment nombreux. L'établissement de Saint-Hilaire du Touvet, dont la conception remonte en 1923, constitue une des plus belles réalisations de l'Union Nationale des Etudiants de France.

A une altitude de 1.155 mètres, il surplombe la superbe vallée du Grésivaudan. Ce bâtiment abritait en 1938, 150 étudiants et 30 étudiantes. Grâce à divers efforts ce sanatorium va être considérablement agrandi. Il comprendra bientôt 250 lits. Tous les étudiants de France peuvent y être admis. Cet établissement rejette tout caractère commercial, il ne poursuit qu'un seul but : placer les étudiants dans les meilleures conditions de cure. Les frais de séjour au sanatorium sont peu élevés, et les étudiants même sans ressources y sont admis. Aucun étudiant ne sera écarté du sanatorium pour raison d'argent.

Les étudiants ont le loisir d'y poursuivre des études sans interrompre leur traitement, grâce aux cours

faits par des professeurs de l'Université de Grenoble. Des bibliothèques, des salles de travail, des laboratoires sont mis à leur disposition. Cette organisation est complétée par des conférences d'ordre général, des concerts, des représentations cinématographiques, qui sont indispensables à la bonne santé morale et à l'optimisme des étudiants.

Il est indispensable que soient créés, sur le modèle de se sanatorium, d'autres sanatoria qui rendraient de grands services aux étudiants, et particulièrement aux étudiants en médecine qui sont si souvent touchés par la tuberculose.

CHAPITRE VI

MESURES POST-SANATORIALES

Mais la question du sanatorium n'est qu'incomplètement résolue, si l'on ne se préoccupe pas du sort des étudiants à la sortie de cet établissement.

A sa sortie du sanatorium, l'étudiant ne devra pas être abandonné. S'il retrouve les mêmes conditions d'existence qui ont favorisés l'évolution de sa maladie, il s'acheminera presque fatalement vers une rechute.

Sans assistance post-sanatoriale tous les bienfaits de la cure seront vite perdus.

L'étudiant devra rester sous une direction médicale, et sera soumis à des examens périodiques.

Il pourra être conseillé à certain de s'orienter vers des situations mieux compatibles avec leur état de santé. Nombre d'étudiants en médecine devenus tuberculeux ont pu trouver des postes d'internes ou d'assistants dans le sanatorium et ont pu ainsi continuer à se soigner.

Pour ceux qui préféreraient d'autres spécialisations médicales, d'autres voies sont ouvertes : Celle de médecin des asiles d'aliénés par exemple. La plupart

de ces hôpitaux sont à la campagne, loin des miasmes citadins.

Au contraire, il faudra détourner les jeunes médecins sortant du sanatorium, de la carrière chirurgicale qui est très fatigante.

Il est évident qu'il ne pourra leur être donné que des conseils. Une voie à suivre ne pourra leur être imposé. On se heurterait à coup sûr à un refus.

Il est nécessaire, pour que cette organisation puisse fonctionner, que soit créé une Caisse d'Assurance Maladie. Cette Caisse d'Assurance Maladie existe d'ailleurs à Strasbourg depuis de fort nombreuses années (1926). Elle est adjointe à un centre de médecine préventive qui est un des meilleurs de France.

Pour qu'une telle caisse fut viable, il serait nécessaire que l'affiliation de tous les étudiants fut obligatoire.

Peut-on imposer aux étudiants arrivant dans une Faculté l'inscription à la Caisse universitaire d'Assurance maladie ? La question peut être discutée.

Cependant dans les lycées et collèges, on impose aux parents de payer une prime pour l'assurance contre les accidents. Cette assurance existe également dans certaines facultés, notamment à la Faculté de Pharmacie, à la Faculté des Sciences.

Puisqu'il existe des assurances accidents, il semble qu'il serait aussi aisé de créer des assurances maladies. L'Etat et les Universités pourraient imposer, comme condition d'admission dans leurs établisse-

ments d'enseignement supérieur, l'incorporation des étudiants à une caisse d'assurance maladie. Les primes seraient versées par tous les étudiants de toutes les Universités en même temps que leurs droits d'inscription.

En attendant que toutes les Universités suivent le mouvement, la Faculté de Médecine pourrait donner l'exemple.

Il n'est pas beaucoup d'étudiant en médecine qui n'ait vu partir au sanatorium un de ses camarades. Et il est certain que tous, de bon cœur, verseraient la prime d'assurance maladie.

C'est là la seule condition pour que puisse fonctionner cette lutte contre la tuberculose. Depuis bien des années — et le mouvement ne fait que s'accroître rapidement — beaucoup d'étudiants n'appartiennent pas à des familles fortunées et ne subsistent souvent qu'à grand peine, avec des bourses, des prêts d'honneur, un travail souvent mal payé. On peut affirmer qu'un bon nombre des étudiants appartient à la catégorie de ceux qui ont droit, en cas de maladie, à l'assistance de la collectivité.

Quelle somme faut-il exiger pour qu'une telle caisse puisse vivre ? A Strasbourg les étudiants versent 140 fr. par an. Ils versent à peu de chose près la même somme dans les Universités suisses.

Cette somme (un peu plus de 10 fr. par mois) n'est pas excessive. Elle est même minime à côté de celle que doivent verser chaque année les étudiants pour payer leurs « droits d'examen » et leurs « inscriptions ».

Par conséquent une caisse d'assurance maladie pour les étudiants est parfaitement viable, à condition qu'elle soit bien gérée et bien surveillée.

Quant aux frais occasionnés par les divers enseignements donnés au sanatorium il est normal que le Ministre de l'Education Nationale s'en occupe.

CHAPITRE VII

IMPORTANCE D'UNE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Nous avons passé en revue dans les chapitres précédents le mode de protection des étudiants contre la tuberculose. Nous sommes occupés tout particulièrement des étudiants en médecine, parcequ'ils sont trop souvent touchés par cette maladie, mais il serait logique que les mesures prises à leur égard, soient appliquées à tous les étudiants.

Insistons cependant sur le fait qu'il sera beaucoup plus facile d'examiner périodiquement les étudiants en médecine dans les divers services hospitaliers qu'ils fréquentent.

Une difficulté peut être rencontrée : l'inconscience des étudiants, et le peu de contraintes auxquelles ils seraient, le cas échéant, obligés de se soumettre.

C'est un problème psychologique qui nécessiterait, pour ce qui nous occupe, une campagne de propagande faite avec tact et mesure.

Comme nous l'avons déjà dit au cours des chapitres précédents, nous ne pouvons obliger les étudiants en médecine, et tous les étudiants quels qu'ils soient, à

subir des examens médicaux périodiques. Il faut par conséquent, grâce à des conférences par exemple, leur faire sentir la nécessité de ces examens, et les mettre en garde contre leur propre insouciance dont ils seraient les premières victimes.

Enfin le moyen pratique, pour soumettre les étudiants à l'examen si utile de médecine préventive, serait de créer, comme à Strasbourg, des caisses d'assurance maladie.

Nous avons parlé plus haut de ces caisses d'assurances.

Elles seraient alimentées par les cotisations de tous les étudiants, et permettraient, le cas échéant, de venir en aide, à tous ceux qui seraient obligés de se soigner.

En interdisant aux étudiants qui ne se présentent pas aux examens périodiques l'accès à ces organisations d'entr'aide, on trouverait peut-être le moyen indirect de les amener à la consultation.

Mais il faut avant tout que l'étudiant soit persuadé que la médecine préventive est destinée à lui rendre service et qu'elle ne mettra aucun obstacle à la continuation de ses études.

Il faut qu'il sache que si l'on veut surveiller sa santé, c'est pour l'aider à se soigner et à se guérir pour qu'il puisse poursuivre les études qu'il a choisies. Rien n'empêche de l'orienter dans une direction mieux appropriée à sa santé. Mais il ne semble pas qu'on

ait le droit de lui interdire l'accès de la Faculté. Le tuberculeux n'est pas un paria. Son état de santé peut être compatible avec le régime des études qu'il veut entreprendre. Il peut guérir. Il peut même, si c'est un fibreux avec des poussées évolutives et des rémissions, fournir une longue carrière fructueuse, utile à la société. La science médicale aurait été privée d'un LAENNEC, et de beaucoup d'autres grands savants, si l'on avait interdit l'accès des Facultés de médecine aux tuberculeux.

CONCLUSIONS

Nous avons envisagé dans cet ouvrage les diverses mesures de protection des étudiants en médecine contre la tuberculose.

Nous avons vu que des efforts ont été faits dans diverses facultés, notamment à Paris, à Lyon, à Grenoble et à Bordeaux. Malheureusement ils n'ont pas été suivis par les autres facultés, où les mesures préventives sont nettement insuffisantes.

Nous avons ensuite essayé de mettre en valeur les mesures prophylactiques qu'il serait nécessaire de prendre, et nous avons ainsi été amenés à envisager des examens périodiques systématiques comportant, outre un examen clinique et minutieux des examens complémentaires indispensables pour mener à bonne fin ce dépistage. Soit :

- des réactions tuberculiniques,
- des examens radioscopiques,

dont nous avons vu la valeur.

Nous avons envisagé la possibilité de pratiquer chez les étudiants en médecine à cuti-négative la vaccination au B. C. G. qui, d'après de nombreuses statistiques semble donner de bons résultats.

En ce qui concerne les étudiants qui présentent des lésions tuberculeuses, il n'est qu'un traitement : la cure sanatoriale. De nouveaux sanatoria devraient

être édifiés sur le modèle de celui de St-Hilaire du Touvet qui répond bien aux désirs des étudiants.

A la sortie du Sanatorium, des mesures post-sanatoriales sont indispensables.

Enfin un système de prophylaxie ne peut être mené à bien que s'il est activement secondé par une propagande intensive, et surtout s'il est soutenu par une Caisse d'Assurances-maladie à laquelle devront souscrire tous les étudiants.

C'est ainsi, et, croyons-nous, ainsi seulement que pourra être livrée une lutte contre la tuberculose.

Vu, Le Président de la Thèse,

L. TANON.

Vu, Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ETUDIANT

SURVEILLANCE MEDICALE

- BERTHIER (J.). — A propos des examens systématiques des étudiants. *Soc. de méd. de Marseille*, séance du 14 janvier 38, p. 21.
- CARNOT (Paul). — Pour protéger la santé de nos étudiants. *Paris médical*, N° 19, 11 mai 1935.
- CZEWOWSKA, CRABOWSKI et HORNUNG. — L'examen médical obligatoire des étudiants en médecine de Lwow. *Polska Gazeta Lekarska*, N° 12, 20 mars 1932, page 218.
- ISCHOK (G.). — L'examen préventif des étudiants. *Le Progrès Médical*, 16 novembre 1935.
- KALLOS (André). — L'examen médical systématique des étudiants en Hongrie. *Thèse de Paris*, 1938.
- LAVALLE (G.). — Sélection extra-scolaire des étudiants en médecine. *Concours médical*, N° 7, 16 fév. 1938, p. 615.
- SAYÉ (L.). — Tuberculose pulmonaire chez des sujets apparemment sains.
- LOPES PRIETO. — Tests d'aptitudes pour les étudiants en médecine. *El Siglo medico*, p. 515, 21 nov. 1931, T. LXXXVIII, N° 4067.
- NOIR (J.). — L'examen préventif des étudiants en médecine. *Le Concours médical*, N° 34, 23 août 1936.
- NENFER. — L'état sanitaire des étudiants. *Nederlandsch Tydschrift voor geneeskunde*, 23 janvier 1937, p. 373.

WEIL-HALLÉ. — L'examen médical des futurs étudiants en médecine. *Journal de Médecine de Paris*, N° 27, 4 juillet 1935.

— L'examen médical des futurs étudiants en médecine. *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 22 février 1935, N° 7, 4 mars 1935.

X... — Vœu présenté par M. M. G. BLECHMANN et M. COFFIN concernant l'examen préventif des étudiants en médecine. *Sté méd. chir. des hôp. libres S.*, 3 juin 1936, In : *Archives hospitalières*, N° 7, juillet 1936.

X... — L'examen préventif des étudiants. *Arch. méd. chirurg. de Province*, N° 5, mai 1937.

COURCOUX (M.), VAUCHER, CODVELLE. — La prophylaxie antituberculeuse par les examens systématiques des collectivités, examens biologiques et radiologiques.

BAZEX (Roger). — Hygiène Universitaire. *Revue d'Hygiène*, juin-juillet 1937.

LABOURÉ (Doct.). — Une expérience de Médecine Préventive.

